

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 13 maja 2019 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. (nr sprawy (...)) na podstawie art. 1 ust. 1, art. 4 ust. 1 pkt 2, ust 2, 3 pkt 1, 2 i 4, art. 6 ust. 1, art. 18 ust. 1, art. 32 ust. 1 pkt 2 oraz art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 645 – dalej jako: ustawa zasiłkowa), a także art. 84 ust. 1, ust. 2, ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300 – dalej jako: ustawa systemowa) odmówił wnioskodawcy prawa do:

- zasiłku chorobowego w okresach:
 1. od dnia 11 grudnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku;
 2. od dnia 9 stycznia 2015 roku do dnia 8 kwietnia 2015 roku;
 3. od dnia 21 kwietnia 2015 roku do dnia 27 kwietnia 2015 roku;
 4. od dnia 13 maja 2015 roku do dnia 25 maja 2015 roku;
 5. od dnia 28 lipca 2015 roku do dnia 5 sierpnia 2015 roku;
 6. od dnia 12 grudnia 2016 roku do dnia 5 stycznia 2016 roku;
 7. od dnia 13 stycznia 2016 roku do dnia 25 stycznia 2016 roku;
 8. od dnia 23 kwietnia 2016 roku do dnia 5 maja 2016 roku;
 9. od dnia 9 czerwca 2016 roku do dnia 22 czerwca 2016 roku;
 10. od dnia 21 lipca 2016 roku do dnia 5 sierpnia 2016 roku;
 11. o dnia 23 sierpnia 2016 roku do dnia 5 września 2016 roku;
 12. od dnia 26 lipca 2017 roku do dnia 28 lipca 2017 roku;
 13. od dnia 12 sierpnia 2017 roku do dnia 8 września 2017 roku;
 14. od dnia 16 września 2017 roku do dnia 24 września 2017 roku;
 15. od dnia 26 września 2017 roku do dnia 2 października 2017 roku;
 16. od dnia 16 października 2017 roku do dnia 6 listopada 2017 roku;
 17. od dnia 21 listopada 2017 roku do dnia 4 grudnia 2017 roku;
 18. od dnia 19 grudnia 2017 roku do dnia 5 stycznia 2018 roku;
 19. od dnia 15 lutego 2018 roku do dnia 23 lutego 2018 roku;
 20. od dnia 28 lutego 2018 roku do dnia 6 marca 2018 roku;
 21. od dnia 14 marca 2018 roku do dnia 30 marca 2018 roku;
 22. od dnia 12 kwietnia 2018 roku do dnia 25 kwietnia 2018 roku;

23. od dnia 16 czerwca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2018 roku;
 24. od dnia 7 lipca 2018 roku do dnia 6 sierpnia 2018 roku;
 25. od dnia 12 października 2018 roku do dnia 5 lutego 2019 roku;
 26. od dnia 8 marca 2019 roku do dnia 23 kwietnia 2019 roku;
- świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 25 września 2016 roku do dnia 30 września 2016 roku
 - zasiłku opiekuńczego w okresach:
 1. od dnia 11 czerwca 2015 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku;
 2. od dnia 16 lipca 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku;
 3. od dnia 26 stycznia 2016 roku do dnia 7 lutego 2016 roku;
 4. od dnia 16 lutego 2016 do dnia 29 lutego 2016;
 5. od dnia 23 maja 2017 roku do dnia 5 czerwca 2017 roku;
 6. od dnia 20 czerwca 2017 roku do dnia 3 lipca 2017 roku;
 7. od dnia 12 sierpnia 2018 roku do dnia 28 sierpnia 2018 roku;
 8. od dnia 26 lutego 2019 roku do dnia 7 marca 2019 roku.

Równocześnie organ rentowy zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego w okresach:

1. od dnia 29 sierpnia 2015 roku do dnia 16 października 2015 roku;
2. od dnia 11 listopada 2015 roku do dnia 23 listopada 2015 roku;
3. od dnia 12 grudnia 2015 roku od dnia 5 stycznia 2016 roku;
4. od dnia 13 stycznia 2016 roku do dnia 7 lutego 2016 roku;
5. od dnia 16 lutego 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku;
6. od dnia 23 kwietnia 2016 roku do dnia 5 maja 2016 roku;
7. od dnia 9 czerwca 2016 roku do dnia 22 czerwca 2016 roku;
8. od dnia 21 lipca 2016 roku 5 sierpnia 2016 roku;
9. od dnia 23 sierpnia 2016 roku do dnia 5 września 2016 roku;
10. od dnia 25 września 2016 roku do dnia 30 września 2016 roku;
11. od dnia 23 maja 2017 roku do dnia 5 czerwca 2017 roku;
12. od dnia 20 czerwca 2017 roku do dnia 3 lipca 2017 roku;
13. od dnia 26 lipca 2017 roku do dnia 28 lipca 2017 roku;

14. od dnia 12 sierpnia 2017 roku do dnia 8 września 2017 roku;
15. od dnia 16 września 2017 roku do dnia 24 września 2017 roku;
16. od dnia 26 września 2017 roku do dnia 2 października 2017 roku;
17. od dnia 16 października 2017 roku do dnia 6 listopada 2017 roku;
18. od dnia 21 listopada 2017 roku do dnia 4 grudnia 2017 roku;
19. od dnia 19 grudnia 2017 roku do dnia 5 stycznia 2018 roku;
20. od dnia 15 lutego 2018 roku do dnia 23 lutego 2018 roku;
21. od dnia 28 lutego 2018 roku do dnia 6 marca 2018 roku;
22. od dnia 14 marca 2018 roku do dnia 30 marca 2018 roku;
23. od dnia 12 kwietnia 2018 roku do dnia 25 kwietnia 2018 roku;
24. od dnia 16 czerwca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2019 roku;
25. od dnia 7 lipca 2018 roku do dnia 6 sierpnia 2018 roku;
26. od dnia 12 sierpnia 2018 roku do dnia 28 sierpnia 2018 roku,

w kwocie 95 672,92 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia ubezpieczonemu decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia.

Następnie organ rentowy wskazał, iż nie dochodzi od ubezpieczonego zwrotu zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego za okresy:

1. od dnia 11 grudnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku;
2. od dnia 9 stycznia 2015 roku do dnia 8 kwietnia 2015 roku;
3. od dnia 21 kwietnia 2015 roku do dnia 27 kwietnia 2015 roku;
4. od dnia 13 maja 2015 roku do dnia 25 maja 2015 roku;
5. od dnia 11 czerwca 2015 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku;
6. od dnia 16 lipca 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku;
7. od dnia 28 lipca 2015 roku do dnia 5 sierpnia 2015 roku;
8. od dnia 20 sierpnia 2015 roku do dnia 28 sierpnia 2015 roku,

w kwocie 38 359 zł z powodu przedawnienia.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że w okresach orzeczonej niezdolności do pracy – objętych innymi decyzjami organu rentowego – ubezpieczony wykonywał pracę, wobec czego świadomie wprowadził w błąd organ rentowy i w związku z tym został on zobowiązany do zwrotu nienależnych świadczeń. W następstwie ustalenia, że w okresach tych ubezpieczony wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi nie uiszczał składek na ubezpieczenie społeczne, organ rentowy ocenił, że ubezpieczony przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym.

W związku z tym ubezpieczony nie ma prawa do zasiłku chorobowego, opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego w okresach:

1. od dnia 11 grudnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku;
2. od dnia 21 kwietnia 2015 roku do dnia 27 kwietnia 2015 roku;
3. od dnia 13 maja 2015 roku do dnia 25 maja 2015 roku;
4. od dnia 11 czerwca 2015 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku;
5. od dnia 16 lipca 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku;
6. od dnia 28 lipca 2015 roku do dnia 5 sierpnia 2015 roku;
7. od dnia od dnia 20 sierpnia 2015 roku do dnia 31 sierpnia 2015 roku;
8. od dnia 11 listopada 2015 roku do dnia 23 listopada 2015 roku;
9. od dnia 12 grudnia 2015 roku do dnia 5 stycznia 2016 roku;
10. od dnia 13 stycznia 2016 roku do dnia 7 lutego 2016 roku;
11. od dnia 16 lutego 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku;
12. od dnia 23 kwietnia 2016 roku do dnia 5 maja 2016 roku;
13. od dnia 9 czerwca 2016 roku do dnia 22 czerwca 2016 roku;
14. od dnia 21 lipca 2016 roku do dnia 5 sierpnia 2016 roku;
15. od dnia 23 sierpnia 2016 roku do dnia 6 września 2016 roku;
16. od dnia 25 września 2016 roku do dnia 30 września 2016 roku;
17. od dnia 23 maja 2017 roku do dnia 5 czerwca 2017 roku;
18. o dnia 20 czerwca 2017 roku do dnia 3 lipca 2017 roku;
19. od dnia 26 lipca 2017 roku do dnia 28 lipca 2017 roku;
20. od dnia 12 sierpnia 2017 roku do dnia 8 września 2017 roku;
21. od dnia 16 września 2017 roku do dnia 24 września 2017 roku;
22. od dnia 26 września 2017 roku do dnia 2 października 2017 roku;
23. od dnia 16 października 2017 roku do dnia 6 listopada 2017 roku;
24. od dnia 21 listopada 2017 roku do dnia 4 grudnia 2017 roku;
25. od dnia 19 grudnia 2017 roku do dnia 5 stycznia 2018 roku;
26. od dnia 14 marca 2018 roku do dnia 30 marca 2018 roku;
27. od dnia 12 kwietnia 2018 roku do dnia 25 kwietnia 2018 roku;

28. od dnia 16 czerwca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2018 roku;

29. od dnia 7 lipca 2018 roku do dnia 6 sierpnia 2018 roku;

30. od dnia 12 sierpnia 2018 roku do dnia 28 sierpnia 2018 roku,

ponieważ w tych okresach ubezpieczony nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Brak jest również prawa do zasiłku chorobowego za okres

1. od dnia 1 września 2015 roku do dnia 16 października 2015 roku;

2. od dnia 15 lutego 2018 roku do dnia 23 lutego 2018 roku;

3. od dnia 28 lutego 2018 roku do dnia 6 marca 2018 roku,

ponieważ przed powstaniem niezdolności do pracy ubezpieczony nie miał wymaganego 90 dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego i nie zachodzą wymienione okoliczności, które uprawniają do zasiłku chorobowego od pierwszego dnia ubezpieczenia (bez okresu wyczekiwania).

Natomiast za okres od dnia 9 stycznia 2015 roku do dnia 8 kwietnia 2015 roku i od dnia 12 października 2018 roku do dnia 23 kwietnia 2019 roku ubezpieczony nie ma prawa do zasiłku chorobowego i opiekuńczego, ponieważ niezdolność do pracy powstała przed objęciem ubezpieczeniem chorobowym.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 7 lutego 2022 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie X U 773/19 na skutek odwołania R. K. (1) od powyższej decyzji oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Od 10 czerwca 2013 roku ubezpieczony R. K. (1) prowadzi działalność gospodarczą pod firmą (...), której przedmiotem jest działalność bankowa (ubezpieczony prowadzi agencję bankową dla (...) S.A.), a od maja 2016 roku również wynajem i dzierżawa samochodów osobowych. Ubezpieczony z tego tytułu złożył zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

R. K. (1) zna zasadę, że za okres pobierania zasiłku chorobowego nie opłaca się składek, a w przypadku kiedy zasiłek się nie należy, składki należy opłacić. Równocześnie ubezpieczony wie, iż przez pierwsze 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego.

Decyzją z dnia 8 lutego 2019 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. odmówił R. K. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od dnia 25 listopada 2014 roku do dnia 10 grudnia 2014 roku, od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 8 stycznia 2015 roku, od dnia 9 kwietnia 2015 roku do dnia 20 kwietnia 2015 roku, od dnia 28 kwietnia 2015 roku do dnia 12 maja 2015 roku, od dnia 6 sierpnia 2015 roku do dnia 19 sierpnia 2015 roku, od dnia 17 października 2015 roku do dnia 10 listopada 2015 roku, 24 listopada 2015 roku do dnia 11 grudnia 2015 roku, od dnia 6 stycznia 2016 roku do dnia 12 stycznia 2016 roku, od dnia 27 marca 2016 roku do dnia 22 kwietnia 2016 roku, od dnia 6 maja 2016 roku do dnia 8 czerwca 2016 roku, od dnia 23 czerwca 2016 roku do dnia 20 lipca 2016 roku, od dnia 6 sierpnia 2016 roku do dnia 22 sierpnia 2016 roku, od dnia 6 września 2016 roku do dnia 24 września 2016 roku, od dnia 29 lipca 2017 roku do dnia 11 sierpnia 2017 roku, od dnia 9 września 2017 roku do dnia 15 września 2017 roku, od dnia 6 października 2017 roku do dnia 15 października 2017 roku, od dnia 6 listopada 2017 roku do dnia 20 listopada 2017 roku, od dnia 5 grudnia 2017 roku do dnia 18 grudnia 2017 roku, od dnia 6 stycznia 2018 roku do dnia 27 stycznia 2018 roku, od dnia 7 lutego 2018 roku do dnia 14 lutego 2018 roku, od dnia 7 marca 2018 roku do dnia 13 marca 2018 roku, od dnia 31 marca 2018 roku do dnia 11 kwietnia 2018 roku, od dnia 25 kwietnia 2018 roku do dnia 15 czerwca 2018 roku, od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 6 lipca 2018 roku, od dnia 7 sierpnia 2018 roku do dnia 11 sierpnia 2018 roku, prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia

1 października 2016 roku do dnia 22 maja 2017 roku, prawa do zasiłku opiekuńczego od dnia 26 maja 2015 roku do dnia 10 czerwca 2015 roku, od dnia 1 lipca 2015 roku do dnia 15 lipca 2017 roku, od dnia 8 lutego 2016 roku do dnia 15 lutego 2016 roku, od dnia 1 marca 2016 roku do dnia 25 marca 2016 roku, od dnia 6 czerwca 2017 roku do dnia 19 czerwca 2017 roku, od dnia 4 lipca 2017 roku do dnia 21 lipca 2017 roku, od dnia 29 sierpnia 2018 roku do dnia 10 października 2018 roku. Organ rentowy zobowiązał również wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami w łącznej kwocie 192.175,04 złotych.

W uzasadnieniu decyzji wskazano, że w wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego ustalono, że w czasie pobierania świadczeń R. K. (1) podpisywał dokumenty związane z prowadzoną działalnością gospodarczą tj. faktury i rachunki za wykonywanie usług przez ARKO -MAX, za nabycie towarów i usług oraz księgę przychodów i rozchodów, zawarł w dniu 7 maja 2016 roku umowę konsorcjum z Centrum Pomocy (...), a także wystawiał faktury za zajęcia z języka angielskiego. Skarżący sprawował również nadzór na pracownikiem, który nie posiadał uprawnień do prowadzenia firmy. Organ rentowy ustalił, że wnioskodawca pobierał zasiłek opiekuńczy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad małoletnimi córkami, jednakże w okresach, wskazanych w zwolnieniach lekarskich, dzieci przebywały odpowiednio w przedszkolu i w szkole.

W następstwie odwołania od powyższej decyzji wniesionego przez R. K. (1), reprezentowanego przez radcę prawnego, Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi wyrokiem z dnia 4 października 2019 roku w sprawie o sygn. akt X U 429/19 częściowo zmienił zaskarżoną decyzję, przyznając ubezpieczonemu prawo do określonych świadczeń, a w pozostałej części odwołanie oddalił.

W następstwie apelacji obu stron postępowania od powyższego wyroku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie o sygn. akt VIII Ua 117/19 wyrokiem z dnia 25 marca 2020 roku oddalił apelację R. K. (2) oraz zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił odwołanie w całości.

W uzasadnieniu wyroku apelacyjnego Sąd Okręgowy w Łodzi wskazał, że dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest prawidłowa z wyjątkiem błędnego ustalenia przez ten Sąd, że w czasie niezdolności do pracy przypadającej w okresach spornych ubezpieczony podpisywał faktury VAT na zakup artykułów niezbędnych do prowadzenia przedsiębiorstwa oraz za telefon. Ponadto ubezpieczony nie zdołał wykazać przyczyn, które dyskwalifikowałyby możliwość uznania dokonanej przez Sąd pierwszej instancji oceny materiału dowodowego za prawidłową. W ocenie Sądu Okręgowego ubezpieczony nie wykazał skutecznie, że jego praca w okresach zdolności do pracy, jak i w okresach zasiłkowych nie była wykonywana w tym samym zakresie i w takim samym wymiarze. Ubezpieczony nie wykazał, iż nie mógł upoważnić innej osoby do podpisywania faktur w trakcie jego niezdolności do pracy. Wobec tego Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Rejonowego dotyczące nieprzyjęcie stanowiska ubezpieczonego dotyczącego incydentalności podpisywania przez niego faktur VAT, a w istocie było zwykłą aktywnością, jaką przejawiał prowadząc działalność gospodarczą, było wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności.

W związku z tym za okresy sporne ubezpieczonemu nie przysługuje prawo do zasiłku z tytułu sprawowania opieki nad dziećmi.

Równocześnie w zakresie nienależnie pobranego świadczenia i obowiązku jego zwrotu Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, iż organ rentowy nie pouczył ubezpieczonego o braku prawa do pobierania zasiłku chorobowego w przypadku wykonywania pracy zarobkowej w czasie pobierania tego zasiłku. Sąd podzielił jednak stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 12 września 2018 roku (sygn. akt III UK 124/18), w którym wskazano, iż nie jest wymagane uprzednie pouczenie o możliwości utraty pobranych zasiłków z przyczyn ustawowo określonych między innymi w art. 17 ustawy zasiłkowej, których wystąpienia nie można z góry zakładać ani przewidzieć. Oznacza to, że ustalenie, iż ubezpieczony nie został pouczony o braku prawa, a ściślej rzecz ujmując, nie został pouczony o możliwość utraty prawa do zasiłku/świadczenia rehabilitacyjnego za cały okres zwolnienia lekarskiego z powodu zatajenia wykonywania w tym czasie pozarolniczej działalności, nie wystarczyło do wyrokowania, iż ubezpieczonego nie obciąża obowiązek zwrotu pobranych zasiłków chorobowych. Tym samym ubezpieczony, który prowadzi działalność gospodarczą w

okresie orzeczonej niezdolności do pracy, świadomie wprowadza organ rentowy w błąd co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego/świadczenia rehabilitacyjnego/zasiłku opiekuńczego. Zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne/zasiłek opiekuńczy wypłacone takiemu ubezpieczonemu jest świadczeniem nienależnie pobranym.

W dniu 12 lipca 2020 roku pełnomocnik ubezpieczonego złożyła do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną od opisanego wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi.

Postanowieniem z dnia 9 czerwca 2021 roku (sygn. akt I USK 218/21) Sąd Najwyższy odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

W uzasadnieniu postanowienia Sąd Najwyższy wskazał, że jest związany w postępowaniu kasacyjnym ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia, co oznacza, że w przypadku poddania skargi kasacyjnej merytorycznemu rozpoznaniu musiałby uwzględnić owe ustalenia przy rozpatrywaniu podniesionych w skardze zarzutów naruszenia przepisów materialnych. Równocześnie Sąd Najwyższy może rozpoznawać skargę kasacyjną tylko w ramach tej podstawy, na której ją oparto, odnosząc się jedynie do przepisów, których naruszenie zarzucono.

R. K. (1) nie opłacał składek na ubezpieczenie chorobowe w okresach pobierania świadczeń, co do których został pozbawiony prawa na mocy wskazanej wyżej decyzji z dnia 8 lutego 2019 roku. Łączna niedopłata z tytułu składek wyniosła 29 970,60 zł.

R. K. (1) pobierał zasiłek chorobowy w następujących okresach:

1. od dnia 11 grudnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku;
2. od dnia 9 stycznia 2015 roku do dnia 8 kwietnia 2015 roku;
3. od dnia 21 kwietnia 2015 roku do dnia 27 kwietnia 2015 roku;
4. od dnia 13 maja 2015 roku do dnia 25 maja 2015 roku;
5. od dnia 28 lipca 2015 roku do dnia 5 sierpnia 2015 roku;
6. od dnia 12 grudnia 2016 roku do dnia 5 stycznia 2016 roku;
7. od dnia 13 stycznia 2016 roku do dnia 25 stycznia 2016 roku;
8. od dnia 23 kwietnia 2016 roku do dnia 5 maja 2016 roku;
9. od dnia 9 czerwca 2016 roku do dnia 22 czerwca 2016 roku;
10. od dnia 21 lipca 2016 roku do dnia 5 sierpnia 2016 roku;
11. o dnia 23 sierpnia 2016 roku do dnia 5 września 2016 roku;
12. od dnia 26 lipca 2017 roku do dnia 28 lipca 2017 roku;
13. od dnia 12 sierpnia 2017 roku do dnia 8 września 2017 roku;
14. od dnia 16 września 2017 roku do dnia 24 września 2017 roku;
15. od dnia 26 września 2017 roku do dnia 2 października 2017 roku;
16. od dnia 16 października 2017 roku do dnia 6 listopada 2017 roku;
17. od dnia 21 listopada 2017 roku do dnia 4 grudnia 2017 roku;

18. od dnia 19 grudnia 2017 roku do dnia 5 stycznia 2018 roku;
19. od dnia 15 lutego 2018 roku do dnia 23 lutego 2018 roku;
20. od dnia 28 lutego 2018 roku do dnia 6 marca 2018 roku;
21. od dnia 14 marca 2018 roku do dnia 30 marca 2018 roku;
22. od dnia 12 kwietnia 2018 roku do dnia 25 kwietnia 2018 roku;
23. od dnia 16 czerwca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2018 roku;
24. od dnia 7 lipca 2018 roku do dnia 6 sierpnia 2018 roku;
25. od dnia 12 października 2018 roku do dnia 5 lutego 2019 roku;
26. od dnia 8 marca 20189 roku do dnia 23 kwietnia 2019 roku;

R. K. (1) pobierał świadczenie rehabilitacyjne w okresie od dnia 25 września 2016 roku do dnia 30 września 2016 roku, a nadto zasiłek opiekuńczy w okresach:

1. od dnia 11 czerwca 2015 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku;
2. od dnia 16 lipca 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku;
3. od dnia 26 stycznia 2016 roku do dnia 7 lutego 2016 roku;
4. od dnia 16 lutego 2016 do dnia 29 lutego 2016;
5. od dnia 23 maja 2017 roku do dnia 5 czerwca 2017 roku;
6. od dnia 20 czerwca 2017 roku do dnia 3 lipca 2017 roku;
7. od dnia 12 sierpnia 2018 roku do dnia 28 sierpnia 2018 roku;
8. od dnia 26 lutego 2019 roku do dnia 7 marca 2019 roku.

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie powołanych dowodów, a w zakresie okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy nie był przedmiotem kontrowersji między stronami. Osią sporu pozostawały konsekwencje prawne wypłacenia przez organ rentowy świadczeń ubezpieczeniowych za okresy przypadające po okresach niezdolności do pracy, za które ubezpieczony nie opłacił składek na ubezpieczenie chorobowe z uwagi na pobieranie w tym okresie świadczeń, które w następstwie późniejszej decyzji organu rentowego uznane zostały za nienależne.

W ocenie Sądu Rejonowego odwołanie okazało się niezasadne i w związku z tym podlegało oddaleniu w całości.

Na wstępie należy odnieść się do zarzutów dotyczących naruszeń przepisów procedury administracyjnej, które w ocenie pełnomocnika odwołującego się uzasadniały uchylenie zaskarżonej decyzji. R. K. (1) stał na stanowisku, że organ rentowy przedwcześnie wydał decyzję zaskarżoną w niniejszym postępowaniu, gdyż winien wstrzymać się z rozstrzygnięciem

w przedmiocie nią objętym do czasu uprawomocnienia się wcześniejszych decyzji, dotyczących wykonywania przez ubezpieczonego pracy zarobkowej w okresach zwolnień lekarskich i wykorzystywania ich niezgodnie z celem (tj. decyzji, od których odwołania rozpoznawał tutejszy Sąd w sprawie o sygn. akt X U 429/19). Jednocześnie odwołujący się zarzucał, że organ rentowy, wywodząc konsekwencje prawne z ustalenia, że ubezpieczony w danych okresach przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym, winien wydać w tym przedmiocie odrębną decyzję, podlegającą zaskarżeniu do Sądu Okręgowego.

Odnosząc się do wadliwości proceduralnych decyzji organu rentowego wskazać trzeba, że w judykaturze ugruntowany jest pogląd, że od momentu wniesienia odwołania do sądu rozpoznawana sprawa staje się sprawą cywilną, podlegającą rozstrzygnięciu według zasad właściwych dla tej kategorii. Odwołanie pełni rolę pozwu, a jego zasadność ocenia się na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego. Postępowanie sądowe skupia się na wadach wynikających z naruszenia przez organ rentowy prawa materialnego, a kwestia wad decyzji administracyjnej, spowodowanych naruszeniem przepisów postępowania administracyjnego, pozostaje w zasadzie poza przedmiotem tego postępowania. Sąd ubezpieczeń społecznych - jako sąd powszechny - może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego.

W wypadkach innych wad, wymienionych w art. 156 § 1 k.p.a. i w przepisach, do których odsyła art. 156 § 1 pkt 7 k.p.a., konieczne jest wszczęcie odpowiedniego postępowania administracyjnego w celu stwierdzenia nieważności decyzji i wyeliminowania jej z obrotu prawnego. Rozstrzygnięcie kończące to postępowanie następuje w drodze decyzji (art. 158 § 1 k.p.a.) podejmowanej przez organ administracji publicznej (art. 156 § 1 k.p.a.), toteż orzekanie w tej kwestii przez sąd powszechny byłoby naruszeniem kompetencji właściwego organu administracji publicznej (por. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 stycznia 2000 r. II UKN 322/99 OSNAPiUS 2001/18 poz. 571 oraz wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 2 grudnia 2009 r. I UK 189/2009 OSNP 2011/13-14 poz. 187; wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 1 września 2010 r. III UK 15/2010 oraz wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 9 września 2010 r. II UK 98/2010 OSNP 2012/1-2 poz. 20).

Niezależnie od powyższego, Sąd rozpoznający niniejszą sprawę stoi na stanowisku, że wydanie zaskarżonej decyzji przez organ rentowy nie było przedwczesne.

Po pierwsze, nie istniały jakiegokolwiek przeszkody prawne, by kwestia prawa do świadczeń pobieranych w okresach przypadających po okresach pobierania świadczeń nienależnych z powodu zastosowania sankcji z art. 17 ustawy zasiłkowej, została rozstrzygnięta w pierwotnych decyzjach, opartych na art. 17 ustawy zasiłkowej. Skoro organ rentowy stał na stanowisku, że konsekwencją braku prawa do świadczeń w danym okresie, jest obowiązek uiszczenia składek na ubezpieczenie chorobowe za ten okres, a niewywiązanie się z niego skutkowało pozbawieniem prawa do świadczeń w dalszych okresach z powodu niepodlegania ubezpieczeniom społecznym, każde z tych twierdzeń pozostawało w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim i jako oparte na wspólnej podstawie faktycznej mogło być objęte jedną decyzją. Oczekiwanie, by organ rentowy wstrzymał się z rozstrzygnięciem o prawie do świadczeń w okresach objętych niniejszą decyzją do czasu prawomocnego zakończenia postępowania z odwołań od decyzji wcześniejszych, uniemożliwiłoby organowi rentowemu zobowiązanie ubezpieczonego do zwrotu nienależnych świadczeń, które do czasu uprawomocnienia się decyzji wcześniejszych uległyby przedawnieniu.

Po drugie, brak było bezwzględnej potrzeby dla rozstrzygnięcia o okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym odrębną decyzją, zwłaszcza, że nie wnosił o to odwołujący się, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika. Podkreślić trzeba, że decyzje rentowe

o okresach podlegania, bądź niepodlegania, ubezpieczeniom społecznym nie mają charakteru konstytutywnego, lecz deklaratoryjny (zob. m.in. postanowienie SN z 22.11.2012 r., I UK 354/12, LEX nr 1675049; wyrok SN z 14.07.2005 r.; II UK 295/04, OSNP 2006, nr 7-8, poz. 118) Nie tworzą zatem, ani nie rozwiązują stosunku ubezpieczeniowego, a jedynie rozstrzygają w sposób władczy spory co do jego istnienia w danym okresie. W razie ich niewydania, okoliczność ta podlega ustaleniu przesłankowo w postępowaniu dotyczącym prawa do świadczeń, co mało miejsce w niniejszym postępowaniu.

Przechodząc do merytorycznej oceny prawidłowości decyzji organu rentowego, Sąd podziela zapatrywanie organu rentowego, że ubezpieczonemu nie przysługiwało prawo do świadczeń w okresach objętych zaskarżoną decyzją. Zgodnie z art. 1 ustawy zasiłkowej uregulowane w niej świadczenia pieniężne, takie jak zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy

i świadczenie rehabilitacyjne, przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie systemowej. Jednocześnie wobec osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu dla nabycia prawa do świadczeń wymagany jest upływ 90-dniowego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia chorobowego, tzw. okres wyczekiwania (art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

W myśl art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym w dacie wydawania zaskarżonej decyzji, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność. W uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

W realiach rozpoznawanej sprawy R. K. (1) nie opłacił składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, które następnie uznano za świadczenia nienależne wobec ustalenia, że w okresach ich pobierania ubezpieczony wykonywał pracę zarobkową i wykorzystywał je niezgodnie z celem zwolnień. Ubezpieczony niezasadnie korzystał zatem w tych okresach z proporcjonalnego obniżenia podstawy wymiaru składek, które art. 18 ust. 9-10 ustawy systemowej stosuje się w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Skoro ubezpieczony warunków tych nie spełniał (z uwagi na sankcję z art. 17 ustawy zasiłkowej), winien opłacać składki w pełnej, niepomniejszonej wysokości. Z kolei konsekwencją nieopłacenia składek w należytej wysokości było ustanie ubezpieczenia chorobowego, zgodnie z dyspozycją powołanego wcześniej art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Sąd dokonał szczegółowej analizy poszczególnych okresów objętych zaskarżoną decyzją. Wobec każdego z nich zachodziły podstawy do odmowy prawa do świadczeń z powodu niepodlegania ubezpieczeniom społecznym. I tak w odniesieniu do okresów:

- od 28.07.2015 r. do 5.08.2015 r. – nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 25.05.2015 r.;
- od 26.07.2017 r. do 28.07.2017 r. – nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 22.05.2017 (a w międzyczasie dodatkowo nieopłacone składki w czasie zasiłku opiekuńczego od 6.06.2017 r. do 19.06.2017 r. i od 4.07.2017 r. do 21.07.2017 r.);
- od 26.09.2017 r. do 2.10.2017 r. – nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 24.09.2017 r. (objętego niniejszą decyzją);
- od 28.02.2018 r. do 6.03.2018 r. – nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 23.02.2018 r. (objętego niniejszą decyzją);
- od 12.10.2018 r. do 25.02.2019 r. – nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 6.08.2018 r. (objętego niniejszą decyzją);
- od 8.03.2019 do 23.04.2019 r. – nie upłynął 90 dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 25.02.2019 r. (objętego niniejszą decyzją).

Wszystkie pozostałe okresy świadczeń objęte zaskarżoną decyzją przypadały bezpośrednio po okresach, za które ubezpieczony uprzednio utracił prawo do świadczeń z powodu wykonywania pracy zarobkowej lub wykorzystywania ich niezgodnie z celem (okresów tych dotyczyły prawomocne decyzje z dnia 8 lutego 2019 roku i z dnia 4 kwietnia 2019 roku). Skoro w okresach tych ubezpieczony nie opłacił składek na ubezpieczenie społeczne, dalsze okresy niezdolności do pracy przypadały w okresach niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a zatem nie dawały prawa do świadczeń uregulowanych w ustawie zasiłkowej.

Zasadniczą osią sporu pomiędzy stronami pozostawała kwestia oceny, czy świadczenia, wypłacone R. K. (1) za okresy objęte zaskarżoną w niniejszej sprawie decyzją, stanowiły nienależne świadczenia w rozumieniu ustawy systemowej. Zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- a. świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania, oraz
- b. świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Jak przyjmuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego, dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709).

Kwestia istnienia złej woli po stronie ubezpieczonego w sytuacji, gdy po przeliczeniu konta ubezpieczonego dokonano w następstwie ustalenia, iż w określonych okresach pobierał on świadczenia w warunkach art. 17 ustawy zasiłkowej, ujawnione zostanie, że świadczenia wypłacono bez podstawy, gdyż ubezpieczony przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym, również była przedmiotem zainteresowania judykatury. W analogicznych stanach faktycznych, jak w niniejszej sprawie, Sąd Najwyższy uznał, że skoro ubezpieczony czynnie prowadził działalność zarobkową w okresie stwierdzonej niezdolności do pracy i pobierania z tego tytułu zasiłków chorobowych, to wprowadzał świadomie organ rentowy w błąd, co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego i powinien był wiedzieć, że organ rentowy - po zakończeniu postępowania - dokona przeliczenia jego konta w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Tym samym pobrane przez niego dalsze świadczenia z ubezpieczenia chorobowego będą już wypłacone bez podstawy prawnej i również będą podlegały zwrotowi jako nienależnie pobrane (zob. wyrok SN z 3.12.2019 r., I UK 285/18, LEX nr 2779501). Jak wskazał Sąd Okręgowy w Łodzi w okresach, w których ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy, nie mając do tego prawa, na skutek ponownego rozliczenia konta, taki zasiłek jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi. Zawinione działanie w jednej sprawie, ma więc wpływ na historię ubezpieczeniową i kolejne okresy zasiłkowe. Organ rentowy był bowiem w błędnym przekonaniu, że ubezpieczony miał prawo do zasiłków chorobowych za wcześniejsze okresy i prawidłowo pomniejszył podstawę wymiaru składki (zob. wyrok SO w Łodzi z 18.03.2021 r., VIII Ua 124/20, LEX nr 3191371).

W jednym z judykatów Sąd Najwyższy wprost wskazał, że zasiłek chorobowy wypłacony za okres karencji nieprzerwanego opłacania składek przez 90 dni jest świadczeniem nienależnym (wypłaconym bez podstawy prawnej), jeśli poprzedza go okres zwolnienia lekarskiego, w którym ubezpieczony wykonywał czynności zarobkowe; w takiej sytuacji jest on zobowiązany również do zwrotu zasiłku chorobowego za okres karencji na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej (zob. wyrok SN z 30.09.2020 r., I UK 98/19, LEX nr 3067436.)

Sąd rozpoznający niniejszą sprawę podziela przytoczone zapatrywanie, uzasadniające uznanie wypłaconych R. K. (1) świadczeń wymienionych w zaskarżonej decyzji za nienależne pobrane świadczenia w rozumieniu ustawy systemowej. Na gruncie niniejszej sprawy uwzględnić należy również dodatkowe okoliczności. Po pierwsze, R. K. (1) znał zasady prawa ubezpieczeń społecznych, że za okres pobierania zasiłku chorobowego nie opłaca się składek, a w przypadku kiedy zasiłek się nie należy, składki należy opłacić, a jednocześnie wiedział, że przez pierwsze 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego – przyznał to w treści swych zeznań. Po drugie, analiza okresów objętych niniejszą decyzją i wcześniejszą prawomocną decyzją z dnia 8 lutego 2019 roku, wskazuje, że od roku 2015 do dnia wydania decyzji R. K. (1) niemal bez przerwy pobierał świadczenia ubezpieczeniowe

(przeplatając okresy niezdolności do pracy wynikające z różnych podstaw, np. z powodu własnej choroby i z powodu konieczności opieki nad dzieckiem), a jednocześnie stale prowadził działalność gospodarczą i wykazane zostało, że wielokrotnie podejmował osobiste czynności związane z jej prowadzeniem. Skala pobierania świadczeń uzasadnia ocenę, że uczynił on z nich dodatkowe źródło dochodu. Po trzeciej, ubezpieczony był przez całe niniejsze postępowanie i postępowanie sądowe z odwołania od decyzji z dnia 8 lutego 2019 roku reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika. Drugie z postępowań, rzutujące na ocenę okresu podlegania ubezpieczeniom społecznym przez R. K. (1), prawomocnie zakończyło się w dniu 25 marca 2020 roku oddaleniem odwołania w całości. Pomimo tego, że do dnia zamknięcia rozprawy w niniejszej sprawie upłynął od tego czasu prawie rok, ubezpieczony nie podjął jakichkolwiek kroków mających na celu uregulowanie zaległych składek na ubezpieczenie, nie wystąpił też z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Musiał zatem liczyć się z tym, że utrzymywanie przez tak długi okres stanu zaległości składowych skutkować będzie wykluczeniem go z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowych z wszystkimi konsekwencjami. Zaskarżona decyzja jest zatem zgodna z prawem także w zakresie, w jakim zobowiązuje wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.

Mając na uwadze powyższe, Sąd oddalił odwołanie jako niezasadne na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Powyższe orzeczenie zaskarżył w całości pełnomocnik R. K. (1).

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucono naruszenie:

- przepisów postępowania, mające istotny wpływ na treść wydanego w niniejszej sprawie orzeczenia, mianowicie, art. 233 § 1 k.p.c., poprzez dokonanie oceny zgromadzonego w toku niniejszego postępowania materiału dowodowego w sposób niekompletny, powierzchowny i sprzeczny z zasadami logiki formalnej w tym całkowicie dowolną jego ocenę, co doprowadziło do dokonania ustaleń faktycznych sprzecznych z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym poprzez przyjęcie, że Ubezpieczony, w sposób zawiniony pobrał świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, podczas gdy posiadanie wiedzy na temat ubezpieczeń społecznych (opłacania składek, podlegania ubezpieczeniu chorobowemu) nie mogło, w momencie pobierania świadczeń, posłużyć Ubezpieczonemu do ustalenia, że pobrane świadczenia zostaną uznane w przyszłości za nienależnie pobrane,

- naruszenie prawa materialnego, mianowicie, art. 6 ust. 1, art. 18 ust. 1, art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r., poz. 1133; dalej: ustawa zasiłkowa) w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 2 (obowiązującym w dacie wydania zaskarżonej decyzji) i art. 83 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r., poz. 423; dalej: ustawa systemowa) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że tut. organ rentowy mógł wydać zaskarżoną decyzję (odmawiającą prawa do świadczeń i zobowiązującą do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń) zaniechując wydania uprzednio decyzji odnośnie do okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, podczas gdy przesłanką przyznania lub pozbawienia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego jest m.in. ziszczenie się ryzyka ubezpieczeniowego w okresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a więc treść przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznacza kolejność działań tut. organu rentowego,

- naruszenie prawa materialnego, mianowicie, z art. 14 ust. 2 pkt 2 (obowiązującym w dacie wydania zaskarżonej decyzji) i art. 83 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy systemowej poprzez ich błędną wykładnię i błędne zastosowanie polegające na przyjęciu, że fakt, iż decyzja o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest decyzją deklaratoryjną zwalnia organ rentowy z wydania decyzji w tym przedmiocie z urzędu, podczas gdy tego rodzaju sprawa może zostać załatwiona zarówno z urzędu, jak i na wniosek, a więc nie ma podstaw do przerzucania wyłącznej odpowiedzialności za niewydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na stronę ubezpieczoną,

- naruszenie prawa materialnego, mianowicie, art. 66 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 84 ust. 1 i 2 pkt 1 i 2 ustawy systemowej poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że Ubezpieczony jest

zobowiązany do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, podczas gdy Ubezpieczony był uprawniony do świadczeń, których zwrotu dochodzi tutaj organ rentowy w momencie ich pobierania, a także, nie wprowadził w błąd tutaj organu rentowego składając wniosek o wypłatę tych świadczeń, skoro w momencie wnioskowania o nie i ich wypłaty Ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a nie znajduje zastosowania art. 17 ustawy zasiłkowej.

Pełnomocnik skarżącego wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania Ubezpieczonego i stwierdzenie, że Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń wymienionych w zaskarżonej decyzji i odstąpienie od żądania zwrotu należności głównej wraz z ustawowymi odsetkami oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz Ubezpieczonego kosztów procesu za obie instancje, wraz z kosztami zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik organu rentowego wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie od R. K. (1) na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266). Ramy swobodnej oceny dowodów są określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 327 § 1 k.p.c. poprzednio art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Zarzuty skarżącego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać. Apelujący przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę, w zakresie ustalenia, że ubezpieczony świadomie wprowadził Organ rentowy w błąd co do podstaw wypłaty świadczenia, a nadto, że świadczenie z tytułu wypłaconego zasiłku było nienależne, pomimo braku podstaw do takiej oceny. Dodać należy, że kwestia ustaleń faktycznych jest właściwie sporna tylko w zakresie liczenia okresów zasiłkowych i dotyczy sporu co do rozumienia prawa.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z art. 66 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

W myśl art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.

Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Zgodnie z art. 6 kc. w zw. z art. 232 kpc. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Dowód istnienia przesłanek zwrotu świadczenia nienależnego obciąża organ rentowy / wyr. SN z dnia 9.02.2017 r. II UK 699/15 opubl. Legalis nr 1587575/

Na gruncie rozpoznawanej sprawy bezspornym jest, że prawomocnymi decyzjami z dnia 8 lutego 2019 r. oraz z 4 kwietnia 2019 r. organ rentowy określił okresy za które skarżący utracił prawo do zasiłku chorobowego w związku ze świadczeniem pracy zarobkowej, skutkiem czego skarżący utracił również prawo do świadczeń w okresach wskazanych w treści zaskarżonej decyzji. W konsekwencji zatem został zobowiązany do ich zwrotu. Niemniej jednak podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem (por wyrok SA Szczecin z dnia 06-12-2012 III AUa 548/12 - wyrok SN - Izba Pracy z dnia 02-12-2009 I UK 174/09). Nienależnie pobrane świadczenie jest także wówczas gdy zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenie (wyrok s.apel. w Rzeszowie 2015.02.25 III AUa 855/14 LEX nr 1665127). Sam fakt braku prawa wnioskodawcy do świadczeń nie jest zatem jeszcze tożsamy z obowiązkiem ich zwrotu. W prawie ubezpieczeń społecznych, w którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje także delikt wyłudzenia świadczeń, obowiązek ich zwrotu - ograniczony do wypadków, w których wzbogacony przyjął świadczenia w złej wierze, wiedząc, że mu się one nie należą - dotyczy bowiem osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. (...) wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie /por. wyrok SN z 9 lutego 2017 r. II UK 699/15/

Tym samym Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, że warunkiem zwrotu świadczeń nieprawidłowo wypłaconych jest ustalenie obok braku prawa do świadczenia, winy wnioskodawcy, tj. jego świadomości w zakresie poboru świadczeń,

do których nie ma tytułu prawnego, bądź też świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego co do okoliczności warunkujących wypłatę świadczeń. Prawo ubezpieczeń społecznych nie wykształciło własnej definicji winy. Przyjmuje się, że świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. błąd stanowi więc następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Swoistym przypadkiem świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd jest tzw. przemilczenie.

W ocenie Sądu Okręgowego wbrew zapatrywaniom apelacji, brak jest podstaw do uznania, że na gruncie rozpoznawanej sprawy nie sposób mówić o świadomym wprowadzeniu przez wnioskodawcę w błąd organu rentowego i świadomym poborze świadczeń, do których wnioskodawca nie miał tytułu prawnego. Nie można zgodzić się z apelującym, iż w trakcie pobierania zasiłku chorobowego wnioskodawca nie wiedział - nie miał świadomości, że jest on nienależny z uwagi na niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Brak jest podstaw do uznania, iż wiedza w zakresie niepodlegania ubezpieczeniu chorobowemu za wskazany okres powstała u wnioskodawcy post factum.

W ocenie Sądu Okręgowego nie ulega bowiem wątpliwości, że zwrot świadczeń chorobowych wystąpił dlatego, gdyż ubezpieczony świadczył pracę w okresie niezdolności co oznacza, że nie miał prawa do zasiłku, a z tego wynika, że powinien opłacić składki skoro wprowadził ZUS w błąd, co do braku przeszkód w przyznaniu świadczeń chorobowych. Oczywistym jest, że konsekwencją „wypadnięcia” z ubezpieczenia chorobowego było rozpoczęcie na nowo biegu 90 – dniowej karencji, a tym samym okresy niezdolności wnioskodawcy do pracy przypadające w tym czasie nie mogły skutkować przyznaniem mu zasiłku. Tak więc „następczy” brak składek spowodowany był uprzednim świadomym zachowaniem ubezpieczonego.

W tym stanie rzeczy nie sposób kwestionować świadomości wnioskodawcy co do braku prawa do świadczeń za sporny okres. Jeszcze raz podnieść należy, że świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich zarówno bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenie, jak i przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego /III UK 217/18 - wyrok SN - Izba Pracy z dnia 11-09-2019/. Świadomość nienależności świadczenia może więc wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń.

Podkreślenia wymaga również fakt, że wnioskodawca jest przedsiębiorcą, od którego oczekuje się profesjonalizmu i inicjatywy w zakresie rozeznania w obowiązkach dotyczących podejmowanej działalności oraz – w związku z zamiarem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu – konsekwencji w opłatach składek na to ubezpieczenie (ignorantia iuris nocet). W ocenie Sądu ubezpieczony jako profesjonalista miał możliwość uiścić składkę w terminie, gdyby zachował należytą staranność i dbałość o własne interesy. Nie ulega wątpliwości, że uprawnienia wynikające z systemu ubezpieczenia społecznego, w tym kwestia dobrowolnego podlegania ubezpieczeniom społecznym są wyczerpująco uregulowane w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, a jedną z zasad demokratycznego państwa prawnego jest wymóg jawności prawa, do których obywatele mają dostęp. W związku z zasadą jawności osoby uczestniczące w obrocie prawnym powinny wykazać się aktywnością w ustalaniu swojej sytuacji prawnej. Organ rentowy nie ma zatem obowiązku ani możliwości indywidualnego informowania wszystkich zainteresowanych o przysługujących im uprawnieniach, czy też o kwestiach zgłaszania się do ubezpieczeń społecznych, a tym bardziej do wydawania

decyzji o podleganiu ubezpieczeniom. Samo zaś uznanie obowiązku zwrotu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie oznacza, że ZUS kwestionuje podleganie ubezpieczeniu a jedynie, że ubezpieczony nie dotrzymał rygorów powstrzymywania się od prowadzenia działalności.

Podsumowując należy wyjaśnić, że Słusznie SR uważa, że ZUS nie był zobowiązany do wydania decyzji o podleganiu ubezpieczeń. Taki wniosek mógł też złożyć wnioskodawca reprezentowany przez adwokata. Brak z urzędu wydania decyzji o podleganiu nie oznacza, że ZUS nie może wydać decyzji w zakresie prawa do zasiłku chorobowego. Bowiernie decyzje o podleganiu ubezpieczeniom wydaje się wtedy gdy istnieje spór co do prawa do ubezpieczenia. Można więc wydać decyzję o podleganiu gdy przedsiębiorca (pracownik) twierdzi, że prowadził działalność lub był zatrudniony ale ZUS uznaje, że nie było prowadzenia działalności lub zatrudnienie było fikcyjne. Uznając obowiązek zwrotu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie oznacza, że ZUS kwestionuje podleganie ubezpieczeniu a jedynie, że ubezpieczony nie dotrzymał rygorów powstrzymywania się od prowadzenia działalności .

Jeżeli naprzemiennie wystąpiły okoliczności z których wynika, że część ciągłych okresów niezdolności do działalności jest kwestionowana z uwagi na jej prowadzenie a część z uwagi na niezachowanie rygorów prawnych wynikających z ustawy chorobowej to ZUS może ale nie musi wydawać decyzji o podleganiu uznając w decyzji taką okoliczność jako fakt prejudycjalny. Bo jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy zadaniem ZUS jest niedopuszczenie do przedawnienia się obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń (dbałość ZUS o wspólny fundusz ubezpieczeń społecznych).

Ponadto nieprawdziwy jest argument skarżącego, że skoro miał wiedzę ogólną o zasadach prawa ubezpieczeniowego to nie oznacza, że był pouczony o prawie do zwrotu świadczenia nienależnie pobranego. Bowiernie każdy przedsiębiorca ma obowiązek znajomości przepisów prawa w zakresie które jego jako przedsiębiorcy dotyczy. W szczególności przepisów wynikających z ustaw podatkowych jak i prawa o ubezpieczeniu społecznym. Skarżący zeznał, że rozumie na czym polega okres karencji ubezpieczeniowej jak i że za okresy braku opłaty składek świadczenia się nie należą. Kiedy więc je pobrał to oznacza, że miał świadomość swojego wadliwego zachowania wprowadzając w błąd ZUS żądając zasiłku chorobowego. o zwrocie nienależnie pobranych składek. Świadomość ubezpieczonego polegała na wykonywaniu działalności gospodarczej w czasie choroby a okoliczność ta została przesądzona w załączonej sprawie VIII Ua 117/19.

Zauważyć więc trzeba, że zwrot świadczeń chorobowych wystąpił dlatego bo ubezpieczony świadczył pracę w okresie niezdolności co oznacza, że nie miał prawa do zasiłku a z tego wynika, że powinien opłacić składki skoro wprowadził ZUS w błąd co do braku przeszkód w przyznaniu świadczeń chorobowych. Tak więc „następczy” brak składek spowodowany był świadomym zachowaniem ubezpieczonego. Przesłanka do zwrotu świadczeń istniała w chwili pobierania świadczenia.

Z tych wszystkich względów Sąd Okręgowy podstawie art. 385 k.p.c. apelację skarżącego, jako bezzasadną oddalił.

Sędzia

Z: odpis uzasadnienia doręczyć pełnomocnikowi wnioskodawcy.

Sędzia.